

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

問診表

年 月 日 時 分

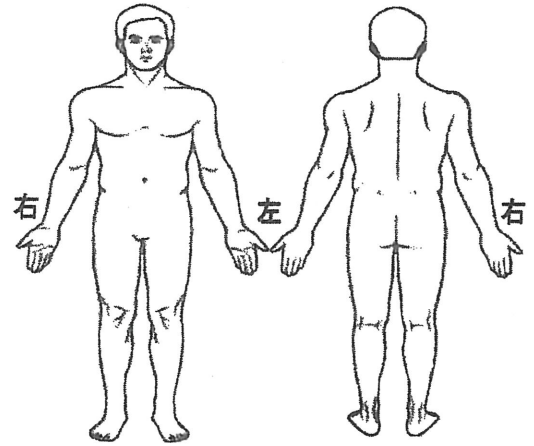
ふりがな	男	生年月日	年	月	日生（	才）
氏名	女					
〒	施設名（				（自宅）	
住所					TEL	（携帯）

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか
同意した 同意していない 利用していない

■ 他の医療機関から紹介状はありますか
ある ない

■ どこが悪いですか。右の絵に○で印をつけて下さい

■ どのような症状ですか
めまい 頭痛 話しにくい
力が入らない しびれる いたい
はれている 切った その他



■ いつからですか

■ 原因は下記のことですか
交通事故 勤務中（労災予定）（勤務先：）（TEL：）

■ 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか
高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 緑内障 高脂血症
脳の病気 甲状腺の病気 その他（）

■ 現在通院中の病院はありますか
なし
あり（病院名：）

■ これまでに大きな病気にかかったことがありますか（入院や手術を要する病気等）
なし あり 病名：
いつ頃： 病院名：

■ 現在飲んでいる薬はありますか（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内のお薬のみお書きください）
いいえ
はい → 薬品名： お薬名：
お薬手帳を提出します

■ 食べ物やお薬でアレルギーはありますか。ある場合はその名前を記入してください
なし あり 食べ物： お薬名：

■ たばこ ■ アルコール ■ 女性の方へ
吸わない 吸う 飲む 飲まない 妊娠中ですか はい いいえ 可能性がある
授乳中ですか はい いいえ

■ この1年間で「特定検診」または「高齢者検診」を受診しましたか（マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）
いいえ はい → 受診時期（） 指摘事項（）

■ 他に是非伝えておきたいことがあればご記入ください